



Nachtweide 68

39124 Magdeburg

Tel. Hort: 0172 96 987 39

THERAPEUTISCHE  
WOHNGRUPPEN  
AMBULANTE SOZIO-  
THERAPEUTISCHE HILFEN  
INTENSIV BETREUTE  
EINZELWOHNEN  
NATURCAMP  
VOLKERSDORF  
ERLEBNISTHERAPIE  
AKADEMIE  
INSTITUT HORT

## Anmeldeformular: Sommerferien vom 15.07. - 02.08.2024

Hiermit bestätige/n ich/ wir .....

die Teilnahme meines/ unseres Kindes ..... an folgenden Tagen. (Bitte die Tage ankreuzen)

### Woche 1

Mo	Di	Mi	Do	Fr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1€</b>				<b>1€</b>

### Woche 2

Mo	Di	Mi	Do	Fr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Woche 3

Mo	Di	Mi	Do	Fr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3€</b>				

Ferienöffnungszeiten: Mo. - Do.: 9.00 Uhr - 15.00 Uhr Fr.: 9.00 Uhr - 14.00 Uhr

Weiterhin bestätige/n ich/wir: mein/ unser Kind darf **allein den Hort verlassen**

JA

Uhrzeit: täglich ..... Uhr oder

Woche 1: **Mo**.....Uhr, **Di**.....Uhr, **Mi**.....Uhr, **Do**.....Uhr, **Fr**.....Uhr

Woche 2: **Mo**.....Uhr, **Di**.....Uhr, **Mi**.....Uhr, **Do**.....Uhr, **Fr**.....Uhr

Woche 3: **Mo**.....Uhr, **Di**.....Uhr, **Mi**.....Uhr, **Do**.....Uhr, **Fr**.....Uhr

NEIN

### Besonderheiten/Allergien

NEIN

JA Welche?.....

**Bitte beachten. Anmeldeschluss ist Montag, der 17.06.2024.**

Tel.: .....

Datum/Unterschrift des/der Sorgeberechtigten .....